

**A | DATOS PERSONALES****APELLIDO Y NOMBRES****DOMICILIO PARTICULAR**

Calle	Nº
-------	----

Piso y Dpto.	Provincia	Localidad
--------------	-----------	-----------

CP	Celular
----	---------

Nacionalidad	Estado Civil	Fecha de Nac.
--------------	--------------	---------------

Femenino <input type="radio"/>	Masculino <input type="radio"/>	Otros <input type="radio"/>
--------------------------------	---------------------------------	-----------------------------

Tipo   DNI   LC   LE	Número	CUIL
----------------------	--------	------

Título	Antigüedad docente   AÑOS	MESES
--------	---------------------------	-------

Obra Social	E-mail
-------------	--------

Régimen previsional al que aporta	ESTATAL PROVINCIAL <input type="radio"/>	REPARTO NACIONAL <input type="radio"/>
-----------------------------------	--	--

**B | ESTABLECIMIENTOS DONDE EJERCE**

Nombre	Código Sadop
--------	--------------

Entidad Propiedad	CUE
-------------------	-----

Domicilio	Nº
-----------	----

Provincia	Localidad	CP
-----------	-----------	----

Teléfono	E-mail	CUIT
----------	--------	------

Nivel	INICIAL <input type="radio"/>	PRIMARIO <input type="radio"/>	SECUNDARIO <input type="radio"/>	TERCIARIO <input type="radio"/>	UNIVERSITARIO <input type="radio"/>	OTROS <input type="radio"/>
-------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

Situación en el cargo	TITULAR <input type="radio"/>	SUPLENTE <input type="radio"/>
-----------------------	-------------------------------	--------------------------------

Establecimiento Subvencionado	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
-------------------------------	--------------------------	--------------------------

Cargo está Subvencionado por el Estado	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
--	--------------------------	--------------------------

Fecha de ingreso al cargo	Turno en el que ejerce	MAÑANA <input type="radio"/>	TARDE <input type="radio"/>	NOCHE <input type="radio"/>
---------------------------	------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Trabaja en otro establecimiento privado	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETAR EL SIGUIENTE APARTADO.
---	--------------------------	--------------------------	--

Nombre	Código Sadop	
Entidad Propiedad	CUE	
Domicilio	Nº	
Provincia	Localidad	CP
Teléfono	E-mail	CUIT
Nivel   INICIAL <input type="radio"/> PRIMARIO <input type="radio"/> SECUNDARIO <input type="radio"/> Terciario <input type="radio"/> UNIVERSITARIO <input type="radio"/> OTROS <input type="radio"/>		
Situación en el cargo   TITULAR <input type="radio"/> SUPLENTE <input type="radio"/>		
Establecimiento Subvencionado   SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
Cargo está Subvencionado por el Estado   SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
Fecha de ingreso al cargo	Turno en el que ejerce   MAÑANA <input type="radio"/> TARDE <input type="radio"/> NOCHE <input type="radio"/>	
Trabaja en otro establecimiento privado   SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETAR EL SIGUIENTE APARTADO.		

Nombre	Código Sadop	
Entidad Propiedad	CUE	
Domicilio	Nº	
Provincia	Localidad	CP
Teléfono	E-mail	CUIT
Nivel   INICIAL <input type="radio"/> PRIMARIO <input type="radio"/> SECUNDARIO <input type="radio"/> Terciario <input type="radio"/> UNIVERSITARIO <input type="radio"/> OTROS <input type="radio"/>		
Situación en el cargo   TITULAR <input type="radio"/> SUPLENTE <input type="radio"/>		
Establecimiento Subvencionado   SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
Cargo está Subvencionado por el Estado   SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
Fecha de ingreso al cargo	Turno en el que ejerce   MAÑANA <input type="radio"/> TARDE <input type="radio"/> NOCHE <input type="radio"/>	

## C | GRUPO FAMILIAR

PARENTESCO	GÉNERO	APELLIDO Y NOMBRE	FECHA DE NAC.	Nº DE DOCUMENTO	OBRA SOCIAL
CÓNYUGE					
HIJO/A					
HIJO/A					
HIJO/A					

¿Algún hijo/a posee una discapacidad? | SI  NO

Firma del interesado/a	Fecha
------------------------	-------